



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE

THAÍS SOUSA DA SILVA

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DF- ANÁLISE DOS ANOS DE  
2008 A 2012**

Brasília – DF  
(2013)

Thaís Sousa da Silva

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DF- ANÁLISE DOS ANOS DE  
2008 A 2012**

Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação em Saúde Coletiva, da  
Faculdade de Ceilândia da  
Universidade de Brasília, como  
requisito para a obtenção do Grau de  
Bacharel em Saúde Coletiva

**Orientador (a):** - Carla Pintas  
**Co-orientador:** Walter Ramalho

Brasília- DF  
(2013)

À minha mãe, que sempre me incentivou a lutar pelos meus objetivos. À memória de meu pai. Aos meus irmãos pelo carinho, incentivo e apoio.

**DEDICO**

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer a Deus por nunca ter me deixado nos momentos difíceis e por ter permitido chegar até aqui. Que esteve comigo nas noites insones e enxugou com seu amor as lágrimas ocultas.

Chegar até aqui não foi nada fácil e se hoje comemoro uma conquista, esta se deve áqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos. Quero compartilhá-la e dedicá-la á vocês, família, pessoas tão especiais que não pouparam esforços para que o sorriso que hoje trago fosse possível. Dizer a vocês muito obrigado não deve ser suficiente para expressar meu sentimento de gratidão, pois o amor que sinto por vocês nessa hora fala muito mais alto e não há outra forma de agradecer a não ser dizendo agora e sempre que AMO VOCÊS!

A você mãe, que se doou inteira e renunciou aos seus sonhos, para que pudesse realizar os meus, que compartilhou meus ideais e os alimentaram, incentivando-me a prosseguir na jornada, mostrando que esse caminho deveria ser seguido sem medo, independente dos obstáculos. A esperança do teu sorriso, o brilho do teu olhar me fez tão grande quanto seu amor por mim. Minha imensa gratidão! E ao meu pai que aqui não mais se encontra, a lembrança afaga a saudade.

A todas as minhas amigas por estarem comigo nos momentos difíceis e de alegria com aquele sorriso e positivismo contagiante. Estiveram presentes nessa jornada, compartilhando momentos de aprendizado, diversão e conquistas.

Aos orientadores, pela direção no decorrer deste trabalho, e pelo conhecimento compartilhado.

Obrigada!

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS Á ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DF- ANÁLISE DOS ANOS DE  
2008 A 2012**

Thaís Sousa da Silva

BANCA EXAMINADORA

Profa. Carla Pintas (FCE/UNB)

Prof. Walter Ramalho (FCE/UNB)

Prof. Wildo Araújo(FCE/UNB)

Profa. Vanessa Crunivel (FCE/UNB)

## **RESUMO**

As internações por condições sensíveis à atenção primária representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária. Atividades tais como: a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas. Altas taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em uma população, ou subgrupos da mesma, podem indicar problemas de acesso ou desempenho do sistema de saúde, representando um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Essas internações vêm sendo utilizadas em alguns países, como indicador do acesso e qualidade da atenção básica. O presente estudo tem como objetivo apresentar o panorama das internações sensíveis à atenção primária no Distrito Federal. Propõe-se analisar os níveis destas internações segundo variáveis de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, realizado no período de 2008 a 2012. Observou-se que as taxas por ICSAP apresentaram estabilidade, representando 17,38% do total de internações no SUS. As principais causas identificadas foram: doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e pneumonias bacterianas. Considerando a publicação recente da Lista Brasileira de Diagnósticos, os estudos que se utilizem dela podem ser de grande valia para os gestores envolvidos com a atenção primária, podendo funcionar como instrumento de sua qualidade. Essa pesquisa pode contribuir para processos de monitoramento, pois, os resultados encontrados nessa análise poderão auxiliar na reflexão para a implementação de intervenções nesse nível de atenção. Ações que visem, por exemplo, aumentar a qualidade de saúde para a população e desafogar os leitos hospitalares, usualmente em quantidade inferior da demanda.

**Palavras-chave:** Causas sensíveis á atenção primária, monitoramento, hospitalização.

## **ABSTRACT**

Hospitalizations for primary care sensitive conditions represent health conditions that may have the risk of unnecessary hospitalization decreased through effective action in primary care. Activities such as disease prevention, diagnosis and early treatment of acute conditions, control and monitoring of chronic diseases. High rates of ICSAP in a population, or subsets thereof, may indicate problems accessing or performance of the health system, an alert signal that can trigger mechanisms for analysis and search for explanations for its occurrence. These admissions have been used in some countries as an indicator of access and quality of primary care. This study aims to present an overview of hospital care sensitive in the Federal District. It is proposed to analyze the levels these hospitalizations by health variables. This is a descriptive study conducted from 2008 to 2012. It was observed that the rates were stable for ICSAP, representing 17.38% of total admissions in the SUS. The main causes were: cerebrovascular disease, heart failure and bacterial pneumonia. Considering the recent publication of the Brazilian List of Diagnostics, studies that use it can be of great value to managers involved with primary care, and can to be used as an instrument of its quality. This study may contribute to monitoring processes, therefore the results of this analysis may assist in reflection to the implementation of interventions at this level of attention. Actions aimed, for example, increase the quality of healthcare for the population and relieve hospital beds, usually in lower levels of demand.

**KEYWORDS:** Causes sensitive to primary care, monitoring, hospitalization.

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1:** Mortalidade proporcional segundo causas, para capitais de Estados, Brasil, 1930 a 2004.

**Figura 2:** Coeficientes de internação hospitalar (por 1000 habitantes) por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), por faixa etária e sexo, no DF, no período de 2008 a 2012.



## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1:** Proporção (%) de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) segundo grupos de diagnóstico, realizadas na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde no DF, no período de 2008 a 2012.

**Tabela 2:** Proporção (%) de internações pelo número total de internações no DF, número total de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, no período de 2008 a 2012.

**Tabela 3:** Proporção de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) segundo sexo, DF, entre 2008 a 2012.

## **LISTA DE SIGLAS**

MS – Ministério da Saúde

CSAP- Condições Sensíveis à Atenção Primária

ICSAP- Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

CID-10- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão

APS- Atenção Primária à Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas pela Infância

PACS- Programa de Agentes Comunitários em Saúde

RAS- Rede de Atenção à Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

USF- Unidade de Saúde da Família

RIPSA- Rede Interagencial para a Saúde

IDB- Indicadores e dados básicos do Brasil

PSF- Programa Saúde da Família

AIH- Autorização de Internação Hospitalar

SIH/ SUS- Sistema de Informações Hospitalares do SUS

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
2	OBJETIVOS.....	15
3	MARCO TEÓRICO .....	16
3.1	Atenção Primária à Saúde .....	16
3.2	Condições sensíveis à atenção primária .....	19
3.3	A importância das internações por condições sensíveis à atenção primária como indicador do acesso e qualidade da atenção primária. ....	19
3.4	A Lista Brasileira das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária .....	20
3.5	Sistemas de Saúde no Distrito Federal .....	21
4	METODOLOGIA .....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	288
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	399
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
	ANEXOS .....	454
	ANEXO I – PORTARIA GM/MS Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. ....	454
	ANEXO II – PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008 .....	487

## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação do cuidado hospitalar é importante objeto de pesquisa em serviços de saúde, devido ao seu papel central na assistência e ao seu alto custo. O entendimento dos fatores associados à utilização de serviços hospitalares é fundamental para a discussão de políticas voltadas para o aumento da equidade do sistema de saúde brasileiro. Equidade é um conceito complexo, com diversas formas de operacionalização. As normas do Sistema Único de Saúde (SUS) estão de acordo com a definição de equidade como “tratamentos de saúde iguais para necessidades de saúde iguais” (PORTO, 1997).

A Ambulatory Care Sensitive Conditions, criado ao final da década de 1980 nos Estados Unidos, representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária deve ter como consequência a redução das internações e permanência no hospital. Atividades como: a prevenção de doenças infecciosas por imunização (sarampo, tétano, difteria, entre outras), o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias como as gastroenterites, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, auxiliam na diminuição da taxa de internações evitando futuros problemas (ALFRADIQUE et al., 2009).

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

A atenção primária fortalecida e adequadamente estruturada é fundamental na organização dos sistemas de saúde, é a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde, visando a melhoria dos indicadores de saúde, redução das brechas de morbimortalidade, custos menores e maior satisfação dos usuários, mesmo em situações de grande iniquidade social. No Brasil, os mesmos princípios são seguidos pelo SUS e Programa Saúde da Família (PSF), esses buscam a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária (NEDEL et al., 2008).

Atualmente, o PSF foi ampliado para Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país. Seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde (ELIAS et al., 2006); à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços (NEDEL et al., 2006; PICCINI., 2006) e à redução da mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006).

Um bom sistema de saúde deve prover serviços que sejam: acessíveis, utilizados quando necessários; acessados sem barreiras geográficas, financeiras, sociais, culturais, lingüísticas e de gênero; e acessados integralmente, ou seja, nos serviços promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores; equitativos e eficientes; e providos eticamente de forma justa, com maior foco na promoção. Para tanto, as estruturas de assistência deverá estar funcionando corretamente. Porém, com excessos no quantitativo de internações, algumas dessas características não são atingidas e conseqüentemente há uma sobrecarga nos serviços existentes, resultando em grandes filas, onde pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser pela hora da chegada, sendo atendidos de forma pontual e sem atenção integral.

No contexto atual, a utilização de processos descritivos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema (FERNANDES et al., 2009).

Nessa perspectiva, a presente pesquisa, tomou como objetivo de estudo as internações por condições sensíveis à atenção primária, visto que essas internações, conforme a literatura na área podem ser evitadas ou ter frequência reduzida pelo desenvolvimento de uma atenção primária oportuna e de qualidade.

Essa pesquisa se propõe a relatar o panorama dos indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária no Distrito Federal. A contribuição positiva à saúde coletiva, que é a meta desse trabalho, é questionar-se se o monitoramento dos indicadores de

ICSAP pode contribuir para apoiar o planejamento das ações da atenção primária garantindo redução dos custos do sistema e, melhoria da qualidade de vida da população.

O interesse pelo tema se justifica, em primeiro lugar, pela óbvia importância de se analisar este tipo de indicador no contexto atual já que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos pilares da política de saúde no Brasil. Em segundo lugar, pelas grandes transformações em curso do perfil epidemiológico e demográfico do país, uma vez que as CSAP guardam estreita relação com a idade.

## **2 OBJETIVOS**

### **- Geral**

Descrever indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária no Distrito Federal no período de 2008 a 2012.

### **- Específicos**

- Descrever indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) segundo idade e sexo;
- Descrever os indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária segundo grupos de causas.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Atenção Primária à Saúde

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) em 6 a 12 de setembro de 1978, resultou na notória Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). A Declaração define cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Buscando estabelecer uma revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. De acordo com a PNAB é definido a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Dentre os atributos básicos da RAS destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema e constituída de equipe multidisciplinar atendendo as necessidades de saúde da população (PORTAL SAÚDE, 2013).

A PNAB (BRASIL, 2012) define a atenção básica de forma muito semelhante à definição de Atenção Primária à Saúde da OMS:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos



determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

“Atenção básica” é sinônimo de “atenção primária à saúde” no âmbito do SUS, tendo o primeiro termo sido criado para “construir uma identidade própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora deste nível de atenção” (BRASIL, 2003).

Tradicionalmente, a atenção básica brasileira foi executada em unidades básicas de saúde, através de médicos pediatras, ginecologistas e clínicos apoiados por uma equipe de enfermagem e pessoal administrativo. Na década de 90 surgiu um novo modelo, a estratégia Saúde da Família, com uma caracterização diferente da equipe de saúde.

Apesar da atenção básica ser uma responsabilidade dos gestores municipais, o desenvolvimento de ações coordenadas pelos três níveis de governo assegura condições necessárias para que estas se efetivem com qualidade e de maneira resolutiva. Em busca da qualidade nas ações desenvolvidas, considera-se que os serviços de saúde devem oferecer além do diagnóstico das doenças e seu tratamento, medidas que favoreçam a prevenção de doenças futuras e a promoção do estado de saúde das pessoas e populações (PIRES, 2008).

Atualmente a ESF desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação do modelo assistencial e a uma nova

dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde.

Tem como objetivo substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.

A ESF é composta por equipe multiprofissional com a finalidade de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica vinculada a comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta (CAMPOS, 2006). A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013).

O acesso universal e a efetiva qualidade na atenção básica diminuem as diferenças em saúde e interferem nos níveis do sistema de saúde de maior complexidade. Desta maneira, o acompanhamento das taxas de ICSAP pode ser indicador da qualidade da assistência e da efetividade dos cuidados. Pressupõe a necessidade de internação como resultado da falta de atenção oportuna e efetiva ao problema, partindo-se do princípio que acesso facilitado e cuidados efetivos, em períodos de tempo corretos, podem reduzir os riscos de hospitalizações (COSTA et al., 2010).

Existem também limitações do uso das ICSAP, uma redução nas taxas de internação por essas causas apenas sugere possíveis melhorias na atenção primária à saúde. Os outros diversos fatores que afetam as taxas de internações não são facilmente mensurados e controlados. A análise dessas internações depende de dados administrativos, como as AIHs (autorizações de internação hospitalar), e isso pode exacerbar os problemas presentes nesses bancos de dados. O uso das AIH requer uma análise cuidadosa das próprias fontes de dados hospitalares (ALFRADIQUE et al., 2009).

Do ponto de vista financeiro a diminuição das taxas de ICSAP pode representar importante economia num sistema de saúde que permanentemente sofre de escassos recursos

(BUTTENBENDER, 2008).

### **3.2 Condições sensíveis à atenção primária**

As condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são “um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. “São denominadas ainda de “Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial”, do inglês “Ambulatory Care Sensitive Conditions” (ALFRADIQUE et al., 2009).

Esse conceito de ICSAP foi desenvolvido por Billings et al. (1993) em um estudo realizado nos Estados Unidos que tinha como objetivo entender o impacto do nível socioeconômico nas taxas de hospitalização, nos obstáculos ao atendimento ambulatorial e efetivas realizações dos projetos destinados a melhorar o acesso aos cuidados. Foi encontrado variações das taxas de ICSAP.

Solberg et al. (1900) foram pioneiros no uso de internações hospitalares como evento sentinela para auditoria da atenção ambulatorial, através da revisão de prontuários em busca de problemas da atenção ambulatorial que possam ter levado à hospitalização. Posteriormente, as ICSAP passaram a ser usadas em países de cobertura universal como indicador do acesso e efetividade da atenção primária à saúde (NEDEL et al.,2008; CASANOVA et al., 2003). O marco conceitual desse indicador foi criado na Espanha por Caminal Homar & Casanova Matutano (2003) e adaptado no Brasil por Alfradique et al. (2009), descrevendo as diferentes vias pelas quais uma pessoa pode ter acesso aos diferentes componentes do sistema de saúde.

### **3.3 A importância das internações por condições sensíveis á atenção primária como indicador do acesso e qualidade da atenção primária.**

As últimas décadas foram marcadas pela realização de reformas nos sistemas de saúde, com diversas mudanças propostas na forma de organização dos serviços, na alocação dos recursos e formas de remuneração dos serviços; e também no modelo de prestação dos serviços. Essas reformas foram respostas à “crise na saúde”, visto que a transição epidemiológica em curso e a alta incorporação de tecnologia estavam gerando gastos crescentes, não acompanhados de melhoria das condições de saúde dos cidadãos (VIANA,1998).

Nessa perspectiva, a investigação em serviços de saúde assume relevância no intuito de orientar as políticas públicas e buscar a melhoria do desempenho dos serviços ofertados à população. Assim, o desenvolvimento de indicadores de saúde que possam contribuir para a análise do sistema de saúde e sua organização se faz imprescindível. Esses indicadores devem ser úteis para a identificação dos problemas de saúde de uma região, a avaliação de tendências ao longo do tempo e das possíveis disparidades de oferta de serviços entre áreas ou subgrupos populacionais, identificando iniquidades.

Em sistemas de saúde planejados para atingirem sua plena efetividade, a ocorrência de internações por essas condições deve atingir um percentual mínimo, pois se reconhece que quando os cuidados ambulatoriais são apropriados sob o aspecto clínico e propiciados no tempo correto podem ajudar a reduzir o risco de hospitalizações, seja por prevenir o início da doença ou condição, ou por manejar uma doença crônica. Parte-se do pressuposto teórico estabelecido por Campbell et al. (2000) de que *“a definição de qualidade do cuidado para populações depende da habilidade para acessar cuidados efetivos em bases eficientes e eqüitativas, buscando a otimização dos benefícios em saúde e o bem estar de toda a população”*. E do ponto de vista teórico, a efetividade de uma intervenção em saúde depende de cinco dimensões: da eficácia, da precisão diagnóstica, da aderência profissional, da aderência do receptor da ação e da cobertura.

### **3.4 A Lista Brasileira das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**

O propósito de uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a atenção primária no país e comparar seu desempenho. A institucionalização do uso de indicadores como as ICSAP faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais.

A elaboração da lista brasileira foi o ponto de partida para as análises das tendências das internações por causas sensíveis á atenção primária (ICSAP) no Brasil.

Pode-se evitar ou reduzir internações por doenças infecciosas preveníveis por meio de imunização (sarampo, tétano e difteria, entre outras), ou por complicações de outras doenças infecciosas, a exemplo das gastroenterites e pneumonias, bem como reduzir hospitalizações,

readmissões e tempo de permanência no hospital por complicações agudas de condições crônicas, como diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva. (JUNQUEIRA, 2011). Baseado nesse pressuposto, em 2008, foi elaborada e validada uma lista de internações por CSAP, publicada na portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde. (Anexo II).

Essa lista é composta por um conjunto de diagnósticos para o qual a atenção básica efetiva reduziria o número de internações, atividades tais como a: prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas, e o controle e acompanhamento de patologias crônicas devem resultar a diminuição das hospitalizações.

Por solicitação do Ministério da Saúde brasileiro, foi desenvolvida por grupos acadêmicos, uma lista de diagnósticos considerados como tendo as características acima descritas. Todas as etapas de criação da lista brasileira estão descritas em publicação, e ao final, ela foi composta por 19 grupos de diagnósticos da CID10 sendo 123 códigos com 3 dígitos e 10 com 4 (ALFRADIQUE, 2009).

### **3.5 Sistemas de Saúde no Distrito Federal**

O Distrito Federal é uma das 27 unidades federativas do Brasil, em seu território está localizada a capital federal, Brasília. Está situado na Região Centro Oeste e tem por limites os estados de Goiás e Minas Gerais. Sua área territorial total é de 5.779,999 Km<sup>2</sup> e abriga uma população estimada, para o ano de 2012, de cerca de 2.570.160 habitantes (IBGE, 2013).

O crescimento demográfico se situa em 2,82% anual. A densidade média é de 444,07 hab./km<sup>2</sup> e a taxa de urbanização, uma das mais altas do país, alcança 94,7%. Relativamente ao desenvolvimento socioeconômico são significativos os valores dos seguintes indicadores: a mortalidade infantil é de 17,8 por mil nascimentos; a taxa de analfabetismo alcança 4,7 por cento entre as pessoas maiores de 15 anos e o número de leitos hospitalares é de 3 997. Além disso, quase a totalidade da população tem acesso à água corrente e à rede de esgoto (IBGE, 2013).

A oferta e a demanda por serviços de saúde no DF são afetadas, entre outros fatores, por pacientes residentes no entorno. De acordo com Vinhadelli (2010), 11% dos pacientes

atendidos nos serviços de emergência, são de pacientes não residentes no DF e 20% das internações são de pacientes que possuem residência em outro estado. A população do entorno é, usualmente vista como uma demanda extra, que acaba por gerar pressões em toda a rede de saúde pública e, eventualmente, compromete a eficiência e produz superlotação no sistema de saúde local.

Segundo Pires (2010), como em todo o território nacional, o sistema de saúde do DF se caracteriza pelo predomínio dos serviços públicos. A atenção básica apresenta baixa cobertura de equipes da saúde da família (ESF) e agentes comunitários de saúde.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, cuja unidade de análise foi o Distrito Federal e utilizou dados secundários de domínio público sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária referentes ao período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012.

Os dados utilizados nesse estudo foram gerados a partir de um conjunto de registros de todas as internações ocorridas na rede hospitalar do SUS/ DF. A geração das tabelas contendo a distribuição das CSAP se deu com base na variável “diagnóstico principal”, que contém o Código da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) do diagnóstico primário da internação hospitalar, disponível no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Esse diagnóstico tem origem nas informações registradas nos formulários da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), considerado como instrumento básico de documentação da internação, que pode ser utilizada para a análise do perfil das internações hospitalares. Porém, sendo sua função principal o pagamento de serviços hospitalares, as informações sobre as condições sociodemográficas e epidemiológicas (por exemplo: fatores de risco) dos pacientes normalmente são escassas. A grande vantagem da utilização desse banco de dados reside em sua ampla representatividade de atendimentos SUS e na redução dos custos das avaliações.

Visando apoiar os estudos descritivos para a política, gestão e planejamento em saúde, a utilização dos dados contidos na AIH, tem sido de grande valia para a obtenção tanto de indicadores de óbitos hospitalares, como de outros indicadores importantes, como por exemplo, as internações por CSAP (JUNQUEIRA, 2010).

Foram considerados elegíveis as internações de ocorrência nos hospitais do Distrito Federal, assim como os residentes declarados no DF, segundo anos de internações de 2008 a 2012. Os bancos de dados foram obtidos sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em junho de 2013. A extração dos dados foi realizada utilizando o software TabWin e utilizando para tanto, os arquivos de conversão e definição próprios do SIH/AIH disponíveis no mesmo sítio.

O dados populacionais segundo faixas etárias e sexo para os anos estudados foram obtidos também no sítio do DATASUS, com origem o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As idades foram categorizadas em faixas etárias, analisando-se os ciclos de vida (menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29 e 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais).

As causas de internação e diagnósticos analisados estão descritos na Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Os dados selecionados foram: número total de internações por CSAP, número total de internações, número da população total do DF, obtidos dentre os disponibilizados pelo DATASUS. (DATASUS, 2013)

Abaixo são apresentadas orientações técnicas relativas a cada indicador utilizado neste estudo sobre ICSAP. Cada indicador será apresentado com as informações descritas, de acordo com modelo adotado pela Rede Interagencial para a Saúde para os Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB) (RIPSA, 2013).

### **Número de internações por todas as causas**

**Conceituação:** Número absoluto de internações na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (excluindo-se partos).

**Interpretação:** Indica a frequência de internações por todas as causas à exceção dos partos, ocorridas no espaço geográfico em questão, ou seja, a magnitude da realização de internações por todas as causas.

**Usos:** O número de internações pode ser utilizado para o cálculo de taxas, para a análise de tendências temporais.

**Limitações:** A análise apenas numérica não leva em conta a distribuição da população sob risco de internação para fins de comparação ao longo do tempo e entre áreas geográficas diferentes.

**Fontes:** SIH/SUS, relatórios de hospitais, operadoras de seguro-saúde, etc.

**Método de cálculo:** Somatório anual do número de internações realizadas.

### **Número total de ICSAP**

**Conceituação:** Número absoluto de ICSAP, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.



**Interpretação:** Indica a frequência de internações por condições sensíveis à atenção primária ocorridas no espaço geográfico em questão, ou seja, a magnitude da realização de internações por estas causas específicas, seu volume.

**Usos:** O número de internações pode ser utilizado para o cálculo de taxas, para a análise de tendências temporais.

**Limitações:**

- A análise apenas do volume não leva em conta a distribuição da população sob risco de internação para fins de comparação ao longo do tempo e entre áreas geográficas diferentes.
- Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador, o que exige cautela na interpretação.

**Fontes:** SIH/SUS, relatórios de hospitais, operadoras de seguro-saúde, etc.

**Método de cálculo:** Somatório anual do número de ICSAP realizadas.

**Proporção do número de ICSAP em relação ao total de internações**

**Conceituação:** Distribuição percentual das ICSAP em relação ao total das internações, excluindo-se partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

**Interpretação:** Mede a participação relativa das ICSAP em relação ao total de internações. Uma alta proporção de internações por condições pode indicar problemas na prestação dos serviços ambulatoriais ou mesmo o uso indevido do leito hospitalar. A redução da proporção das ICSAP ao longo do tempo pode indicar a reversão da referida situação.

**Usos:**

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações por estes determinados grupos de causas (ICSAP), identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na realização de análises comparativas.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a rede de serviços.

**Limitações:**

- Reflete a demanda hospitalar, que é influenciada pela oferta de serviços e, não necessariamente, o perfil epidemiológico da população.
- A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como critérios técnico-administrativos de pagamento adotados.

- O aumento proporcional de internações neste grupo de causa pode ocorrer apenas devido à redução das ocorrências em outros grupos.
- O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.
- Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador, o que exige cautela na interpretação.

**Fontes:** SIH/SUS, relatórios de hospitais, operadoras de seguro-saúde, etc.

**Método de cálculo:**

Número de internações por ICSAP/Número de internações por não-ICSAP x 100

**Proporção de internações hospitalares por grupos de ICSAP**

**Conceituação:** Distribuição percentual das internações por condições sensíveis, segundo grupo da CID 10, em determinado espaço geográfico, num ano determinado.

**Interpretação:** Mede a participação relativa dos diversos grupos de causas de ICSAP em relação ao total de ICSAP. Mede a relação entre as todas as internações por condições sensíveis à APS.

**Usos:**

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição proporcional das ICSAP, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na realização de análises comparativas.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a rede de serviços.

**Limitações:**

- Reflete a demanda hospitalar, que é influenciada pela oferta de serviços e, não necessariamente, o perfil epidemiológico da população.
- A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como critérios técnico-administrativos de pagamento adotados.
- O aumento proporcional de internações neste grupo de causa pode ocorrer apenas devido à redução das ocorrências em outros grupos.
- O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.
- Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador, o que exige cautela na interpretação.

**Fontes:** SIH/SUS, relatórios de hospitais, operadoras de seguro-saúde, etc.

**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de internações por determinado grupo da CID}}{\text{Número de internações por ICSAP}} \times 100$$

**Limitações:**

- Existem limitações para o uso de indicadores baseados nas ICSAP. Uma delas é que a maior parte desses indicadores são calculados utilizando-se dados secundários, que podem apresentar problemas resultantes da coleta e processamento dessa informação. Além disso, as internações hospitalares sofrem influência de vários fatores associados à utilização dos serviços de saúde, como renda, escolaridade, classe social e características biológicas, como idade, sexo, raça e estado de saúde, que devem ser controlados e ajustados quando se utiliza desse tipo de indicador.

Neste trabalho, além do software TabWin para a tabulação dos dados de internações hospitalares, foi utilizado também o software Microsoft Excel para a criação dos indicadores, gráficos e tabelas.

Não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética pois trata-se de pesquisa com dados secundários.

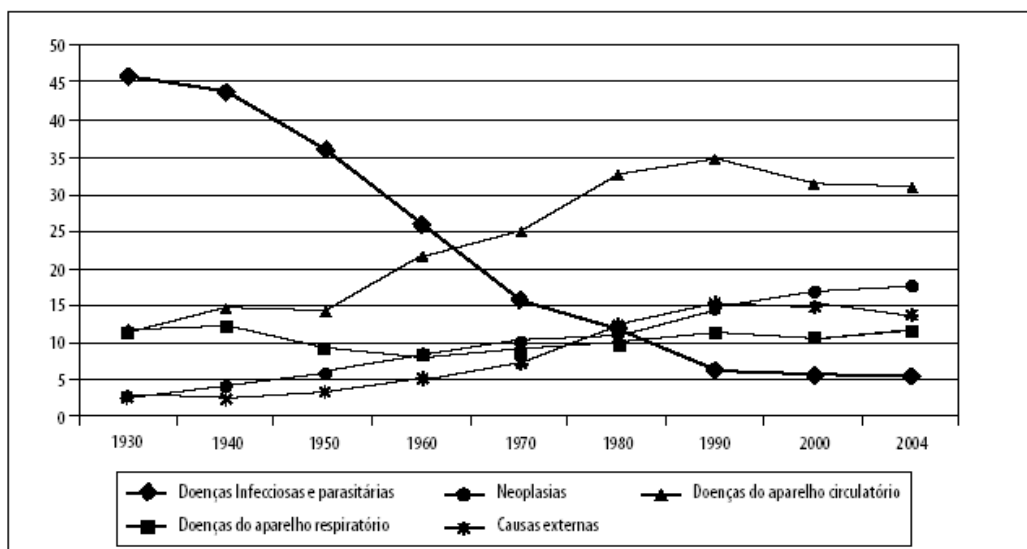
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Essa pesquisa permitiu conhecer o cenário existente no Distrito Federal em relação às ICSAP. Foram identificados o sexo e a faixa etária mais afetados, bem como os principais grupos de CSAP envolvidos.

Uma revisão de literatura de artigos que definiram as ICSAP como fim, e a exposição à ao menos uma característica da atenção primária à saúde como variáveis de exposição (18 artigos no período de 1995 a 2008), analisou a efetividade da APS que está diretamente ligada às taxas de ICSAP. Apontaram uma relação às variáveis de estrutura, processo e desempenho dos serviços de saúde. Foi identificado por alguns autores que consultas preventivas, vacinas em dia e puericultura (acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança) resultam a um menor risco de ICSAP (NEDEL, 2010).

Nos anos de 2008 a 2012, o número total de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 928.317 internações no DF. Nesse mesmo período, as internações por CSAP foram responsáveis por 161.389 internações, correspondendo a 17,38% do total de hospitalizações SUS (Tabela 1). Estudo realizado por Alfradique et al. (2009), com base na lista de CSAP definida pelo Ministério da Saúde, também utilizada na presente pesquisa, encontrou valores de 28,5% de internações por CSAP sobre o total de internações, no ano de 2006. Fazendo comparação ao estudo, no Distrito Federal observou-se valor bem menor ao encontrado no Brasil.

As ações de assistência à saúde no Brasil são expandidas pela profunda transformação que passa a estrutura da população, conferindo um novo perfil ao usuário. A prevalência da população rural, verificado nas últimas décadas, foi modificado pelo acúmulo da população urbana nas grandes metrópoles. Essa corrente migratória, com relativas melhorias higiênicas e sanitárias, é considerada o principal agente para explicar a alteração ocorrida no perfil das causas de morte. Foi conferido destaque na queda dos óbitos por infecção parasitárias, enquanto as doenças do aparelho circulatório tiveram expressivo crescimento. (Figura 1)



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade, 1930 a 1970; Radis 1930 a 1970

**Figura 1 - Mortalidade proporcional segundo causas, para capitais de Estados. Brasil, 1930 a 2004**

Como apresentado na tabela 1, foram registrados, em ordem decrescente, doenças cerebrovasculares (10,70%), insuficiência cardíaca (10,35%), pneumonias bacterianas (10,08%), Infecção no rim e trato urinário (9,55%), gastroenterites infecciosas e complicações (7,92%), doenças pulmonares (7,80%), diabetes melitus (7,19%), infecção da pele e tecido subcutâneo (6,21%), angina (5,36%) e asma (5,13%). E as outras nove menos frequentes não chegam a representar 5% cada.

Entre as internações por CSAP, observa-se que os 10 grupos de diagnósticos mais frequentes ocasionaram cerca de 80,29% das ocorrências por ICSAP e os nove menos frequentes, apenas 19,69% do total.

Observa-se que as doenças cerebrovasculares foram responsáveis pela maior proporção de internações por CSAP, correspondendo a 10,70% do total dessas internações. A segunda mais frequente foi insuficiência cardíaca (10,35%) seguida por pneumonias bacterianas (10,08%). Essas três causas de internações por CSAP juntas representaram 31,13% do total de internações por CSAP e 54,13% do total geral das internações. Esse conjunto de hospitalizações é considerado sensível à atenção primária, visto que a efetiva atenção nesse nível de atendimento seria suficiente para prevenir esses eventos. Simbolizam um sinal alarmante, no qual uma maior atenção às condições sensíveis podem suprir possíveis falhas na APS e consequentemente reduzir a taxa de internações.

Em relação às causas mais freqüentes de internações por CSAP, de maneira semelhante ao DF, em estudo realizado (ALFRADIQUE et al., 2009), no Brasil foram identificadas as gastroenterites, as insuficiências cardíacas e as pneumonias bacterianas. Dentre esse conjunto a insuficiência cardíaca possui o coeficiente de internação mais alto das CSAP no DF, no ano de 2008 foi o que teve mais freqüência ou atingindo especialmente o sexo masculino com taxa de 54,6% durante o período analisado (2008-2012). Esse dado é um indicador de falhas no atendimento preventivo e curativo na esfera da atenção primária, de maneira conveniente e resolutiva.

Os principais fatores de risco amplamente conhecidos para insuficiência cardíaca são a hipertensão arterial, tabagismo, obesidade, sedentarismo, e histórico familiar. É relevante ressaltar que sendo o DF uma região jovem, o que reforça a necessidade de analisar a prevalência dos fatores de risco associados a esse dado, também a qualidade da atenção recebida na rede de atenção básica á saúde. No entanto, o novo perfil urbano da população mostra a face do crescimento desordenado e sem sustentabilidade, ocorrido nas grandes metrópoles, com a intensificação de mortes por doenças como infarto, derrame, isquemia, insuficiência cardíaca e diabetes, algumas delas causadas pelo estresse e pelo sedentarismo característicos do meio urbano. As doenças cerebrovasculares está entre o grupo das doenças do aparelho circulatório mais freqüentes no Brasil.

Destacam-se também as proporções referentes a internações por infecção do rim e trato urinário (68,3%), no sexo feminino. E gastroenterites infecciosas e complicações, esse indicador representa falha no atendimento preventivo e curativo no âmbito da atenção primária. O soro de reidratação oral, por exemplo, considerado como intervenção de baixa complexidade, tem demonstrado em estudos realizados grande efetividade na prevenção de mortes por gastroenterites no Brasil (VICTORIA, 1991). Esse indicador está ligado diretamente a regiões que possuem condições precárias, como falta de saneamento, esgoto.

Resultados na literatura mostram que taxas e proporções de ICSAP podem estar relacionadas com condições de vida. Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil (PNUD) (PNUD, 2013), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no DF em 2005 foi o maior entre as UFs do Brasil, apresentando o maior valor também nos IDH-renda, IDH-educação. Esses dados podem explicar a estabilidade nas taxas de ICSAP. Vale ressaltar também que apesar do DF possuir um número elevado no seu IDH,

taxas por doenças do grupo de gastroenterites e pneumonias bacterianas deveriam ser menores.

**Tabela 1:** Proporção (%) de internações por Condições Sensíveis á Atenção Primária (CSAP) segundo grupos de diagnóstico, realizadas na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde no DF, no período de 2008 a 2012.

<b>Grupos de Diagnósticos</b>	<b>Nº total de internações CSAP</b>	<b>Proporção por ICSAP (2008-2012)</b>	<b>por Proporção internação total (2008-2012)</b>
1. Doenças cerebrovasculares	17271	10,70	18,60
2. Insuficiência cardíaca	16707	10,35	18,00
3. Pneumonias bacterianas	16272	10,08	17,53
4. Infecção no rim e trato urinário	15418	9,55	16,61
5. Gastroenterites Infecciosas e complicações	12779	7,92	13,77
6. Doenças pulmonares	12595	7,80	13,57
7. Diabetes melitus	11610	7,19	12,51
8. Infecção da pele e tecido subcutâneo	10030	6,21	10,80
9. Angina	8645	5,36	9,31
10. Asma	8282	5,13	8,92
11. Hipertensão	7401	4,59	7,97
12. Epilepsias	5514	3,42	5,94
13. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	5419	3,36	5,84
14. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3530	2,19	3,80
15. Úlcera gastrointestinal	3247	2,01	3,50
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	2133	1,32	2,30
17. Doenças preveníveis por imunizações e condições sensíveis	1799	1,11	1,94
18. Anemia	1426	0,88	1,54
19. Deficiências nutricionais	1311	0,81	1,41

20. Total de internações por condições sensíveis à atenção primária	161.389	99,98	-
21. Total de internações do DF	928.317	-	173,86

Fonte: SIH-SUS.

Em relação à atenção primária à saúde no DF, segundo Ministério da Saúde (2012), observa-se que houve um aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (5,6% em 2008, 17% em 2012 para 21% em 2013), formado 39 equipes, e 13,6% em 2008 de assistência do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) (PORTAL SAÚDE, 2013).

Fazendo relação a esses dados, suponha-se que possivelmente se a cobertura ESF fosse mais ampla, as taxas por ICSAP seriam menores. Ao analisar o aumento da cobertura da ESF no DF, as taxas de ICSAP deveriam sofrer redução ao longo desses anos se existisse maior efetividade do sistema. Para Dias-da-Costa et al. (2010), Veloso & Araújo (2009) a expansão da Saúde da Família “certamente pode ter contribuído na qualificação da atenção básica percebida pela diminuição nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária.”

**Tabela 2:** Proporção (%) de internações pelo número total de internações no DF, número total de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, no período de 2008 a 2012.

	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	ICS*	PRO. INT. TOT.	ICS	PRO. INT. TOT.	ICS	PRO. INT. TOT.	ICS	PRO. INT. TOT.	ICS	PRO. INT. TOT.	ICS	PRO. INT. TOT.
Total	31530	17,05	31081	16,77	32829	17,54	32636	17,37	29999	18,01	161.389	173,85
Total de int. do DF	184.964	-	185.375	-	187.144	-	187.875	-	166.558	-	928.317	-

Fonte: SIH-SUS

\*ICS: Número total de internações por condições sensíveis à atenção primária.

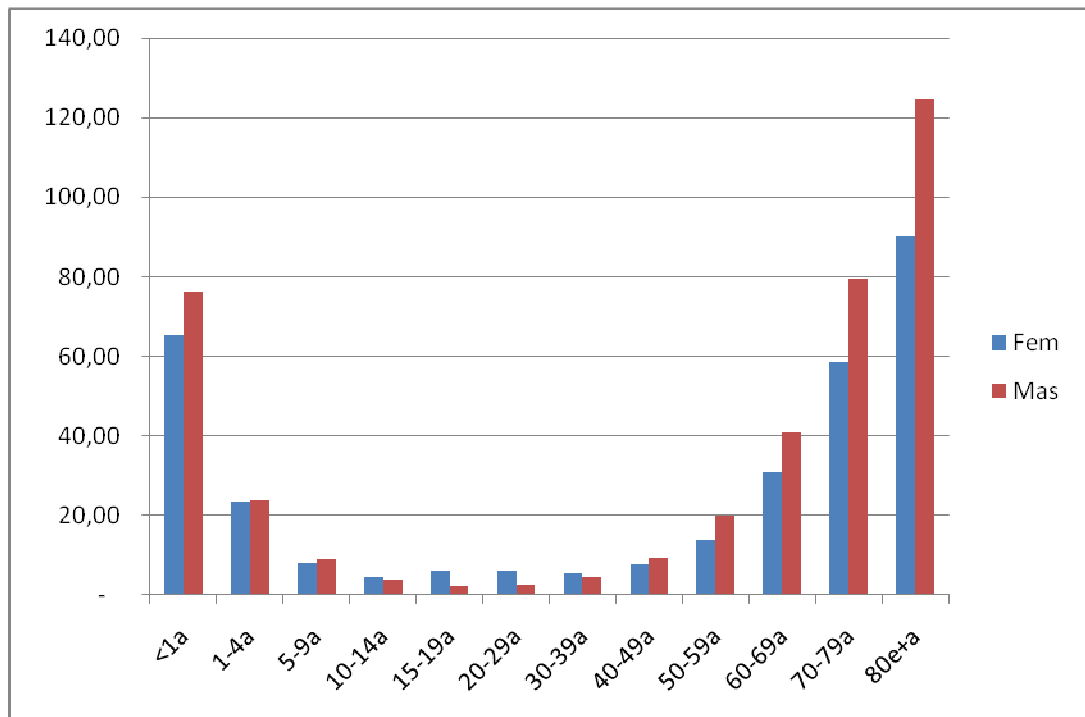
\*Proporção por total de internações no DF.



Nesse estudo, observa-se (Tabela 2) a estabilidade das proporções por ICSAP, apresentando valores entre 16,00 a 18,00 (17,05 em 2008; 16,77 em 2009; 17,54 em 2010; 17,37 em 2011 e 18,01 em 2012) da participação percentual do total de internações no DF.

Os coeficientes de internação hospitalar por CSAP foram analisados segundo faixa etária e sexo (por 1000 habitantes) no DF, no período de 2008 a 2012. (Figura 2).

**Figura 2:** Coeficientes de internação hospitalar (por 1000 habitantes) por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), por faixa etária e sexo, no DF, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SIH-SUS.

Quando comparados os sexos, observa-se uma grande diferença nos valores das taxas por idades, cuja manutenção de taxas maiores são observadas nas idades mais tardias. Ocorrência de internações foi superior para homens na maioria das faixas etárias. Entretanto, observou-se que as taxas em mulheres são mais elevadas em adultos jovens.

Foi possível observar (Figura 2) uma redução nas taxas de ICSAP na população de 15 a 29 anos no sexo masculino. Porém, houve elevação na faixa etária idosa (acima de 60 anos). Os coeficientes relevantes de ICSAP foram mais altos entre os homens com idade menores de um ano até o grupo de 5 a 9 anos, ocorrendo uma inversão a partir do grupo de 15-19 anos até

30-39 anos e aumentando de forma gradativa posteriormente. Em geral, as taxas de ICSAP foram mais altas entre os homens do que entre as mulheres.

Quanto aos grupos etários, o padrão de distribuição encontrado coincide com as descrições em outros estudos (PERPETUO, 2006), sendo as crianças menores de um ano e os idosos os mais afetados. O envelhecimento dos habitantes a causa da elevação dos níveis de esperança de vida é uma fator que indica uma tendência diferenciada para as maiores incidências de determinados tipos de doenças e de causas de morte, como por exemplo as doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Ao refletir sobre o envelhecimento populacional ora em curso, é provável que nos próximos anos ocorram cada vez mais hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária em saúde caso não sejam efetivadas intervenções em nível de prevenção primária e secundária. Portanto, essa realidade vem sendo atenuada com praticas de educação e informação à população dessas faixas etárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Outras informações contidas nos resultados dessa pesquisa possibilitaram apontar os grupos populacionais para os quais deve ser implementado o acesso e potencializadas as ações da APS. Considerando sexo, há estudos que indicam maior número de ICSAP, quando considerada a faixa etária de 20 a 59 anos, e predomínio de homens internados por CSAP entre os idosos. As justificativas para isso estariam nas diferenças entre as doenças que acometem cada grupo e na maior utilização dos serviços da APS pelas mulheres (DIAS-DA-COSTA, 2008). Pode levar em conta também a alta exposição a fatores de risco, estilo de vida, etc.

A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Quando comparado com as mulheres, o tempo de vida deles é 7,6 anos menor. Estudos comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, especialmente as enfermidades graves e crônicas. Essa ocorrência está ligada ao fato de que eles recorrem menos frequentemente do que as mulheres aos serviços de atenção primária e procuram o sistema de saúde quando os quadros já se agravaram.

É para ampliar o acesso deles aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde do Homem, em 2009. Alinhada à Política Nacional de Atenção Básica e integrante do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, criado em 2007, a iniciativa

pela saúde masculina prevê aumento de até 570% no valor repassado às unidades de saúde por procedimentos urológicos e de planejamento familiar, como a vasectomia, e a ampliação em até 20% no número de ultrassonografias de próstata.

Setenta cidades, incluindo todas as capitais, já aderiram à Política Nacional de Saúde do Homem. Cada uma delas recebeu R\$ 75 mil para financiar as atividades. O cidadão encontra esse serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS).

A iniciativa foca os homens de 20 a 59 anos de idade, que correspondem a 41,3 % da população masculina ou 20% do total da população, totalizando 2,5 milhões de brasileiros. Além de criar mecanismos para melhorar a assistência a essa população, a meta do governo federal é incentivar que eles procurem o serviço de saúde ao menos uma vez por ano, nas UBS e UPAS.

**Tabela 3:** Proporção de Internações Hospitalares por CSAP, segundo sexo no DF, entre 2008 a 2012.

Grupos Diagnósticos	de	Masculino		Feminino		Total
		Casos	%	Casos	%	
1. Doenças cerebrovasculares		8288	48,7	8727	51,3	17015
2. Insuficiência cardíaca		8907	54,6	7396	45,4	16303
3. Pneumonias bacterianas		8564	53,5	7456	46,5	16020
4. Infecção no rim e trato urinário		4757	31,7	10245	68,3	15002
5. Gastroenterites Infecciosas e complicações		6334	51,0	6088	49,0	12422
6. Doenças pulmonares		6353	51,0	6108	49,0	12461
7. Diabetes melitus		5365	47,3	5976	52,7	11341
8. Infecção da pele e tecido subcutâneo		5681	57,9	4137	42,1	9818
9. Angina		4977	58,3	3563	41,7	8540
10. Asma		4206	51,6	3952	48,4	8158
11. Hipertensão		3213	44,4	4022	55,6	7235

12. Epilepsias	3113	57,9	2266	42,1	5379
13. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	168	3,1	5186	96,9	5354
14. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1738	50,4	1709	49,6	3447
15. Úlcera gastrointestinal	2078	66,1	1065	33,9	3143
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	-	2084	100,0	2084
17. Doenças preveníveis por imunizações e condições sensíveis	1124	63,4	649	36,6	1773
18. Anemia	556	41,3	791	58,7	1347
19. Deficiências nutricionais	712	57,7	521	42,3	1233
20. Total de internações por condições sensíveis à atenção primária	76134	48,2	81941	51,8	158075

Fonte: SIH-SUS.

O DF apresenta a taxa de hospitalização maior para o sexo masculino, sendo mais elevados em algumas faixas etárias e prevalentes em algumas doenças.

Dentre as sete principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária, observa-se que as internações por insuficiência cardíaca (54,6%), pneumonias bacterianas (53,5%), gastroenterites infecciosas e complicações (51,0%), e doenças pulmonares (51,0%) ocorreram com maior frequência no sexo masculino. Por outro lado, a proporção de internações por infecções no rim e trato urinário foi praticamente o dobro entre o sexo feminino comparado ao sexo masculino (Tabela 3).

É interessante salientar que a proporção por doenças relacionadas ao pré-natal e parto apresentou valores para o sexo masculino, sendo essa proporção de 3,1%. Porém, sabe-se que entre os homens esse dado deveria ser nulo, visto que o período caracterizado refere-se ao sexo feminino. Uma possível explicação seria detalhar as limitações decorrentes da análise da fonte de dados utilizada, o SIH/SUS, levando em conta que sua principal função é para âmbito administrativo. Além disso, esse sistema de informações em saúde tem abrangência restrita às ocorrências no SUS, excluindo a parcela da população que optam por hospitais privados. Dessa maneira, é possível que existam falhas nesse registro.

Outro dado que mostra valor superior no sexo masculino é devido a doenças preveníveis por imunizações e condições sensíveis, talvez por baixa cobertura vacinal nesse grupo. Esse achado merece ser investigado em trabalhos mais detalhados para explicar melhor esses dados e encontrar as possíveis causas.

Para aplicar os resultados de avaliação das ICSAP na melhoria da atenção primária, faz-se necessário investigar a relação entre essas internações e a atenção primária à saúde. Por exemplo, no caso de doenças imunopreveníveis, é a condição propriamente dita que é considerada evitável, e não a internação. As hospitalizações por essas causas deveriam ser essencialmente eliminadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade. No caso de outras doenças infecciosas ou casos agudos, a atenção primária à saúde somente pode prevenir ou controlar complicações. Ainda assim, embora essas condições não sejam preveníveis, não deveriam resultar em internações se a atenção primária fosse oportuna e apropriada, e apenas por falta de assistência oportuna podem levar a complicações, requerendo internação (ALFRADIQUE et al., 2009).

Por outro lado, no caso das doenças crônicas que levam à ampla utilização dos serviços de saúde, os agravamentos podem ocorrer, mas são mais frequentes quando não há acompanhamento regular pela atenção primária à saúde. Nos casos de doenças crônicas em estágios mais avançados, as ICSAP podem indicar barreiras de acesso à atenção primária ou a outros serviços de saúde. Nessas situações, o papel da atenção primária à saúde é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital (ALFRADIQUE et al., 2009).

As medidas de condição de saúde mais apropriadas para avaliar o impacto de intervenções são aquelas que determinam diretamente o efeito dos serviços de saúde no contexto das vidas das pessoas. Para tanto, é importante conhecer o perfil epidemiológico da população adscrita, quais são os agravos mais comuns que necessitam de intervenções constantes e que devem ser resolvidos no âmbito da atenção primária, e quais são os que necessitam de uma intervenção mais especializada, incluindo internação (BIRCHLER, 2007).

É de suma relevância a necessidade do uso da epidemiologia na organização de serviços e na institucionalização da avaliação de programas e ações de saúde, como forma de

qualificar e de aperfeiçoar o sistema de saúde no Brasil. Estudos epidemiológicos observacionais podem ser utilizados para as avaliações em saúde como tentativas de se avaliar o acesso da população e a qualidade dos cuidados da rede básica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As internações por CSAP representou 17,38% do total de internações no DF, no período de 2008 a 2012, e as principais causas foram as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e pneumonias bacterianas. Esses dados evidenciam a necessidade de direcionamento das ações de saúde para essas causas específicas. Destaca-se ainda taxas elevadas de internação por infecção no rim e trato urinário e gastroenterites infecciosas e complicações, assim faz necessário a realização de estudos mais detalhados, com foco na compreensão da tendência desses grupos de causas.

Vários estudos tem auxiliado no aprofundamento do conhecimento sobre as ICSAP e ratificam seu uso como um indicador de avaliação do acesso, efetividade e qualidade do primeiro nível de atenção à saúde. Oportunizam oferecer um atendimento ampliado e resolutivo na área, através da modificação das práticas de atenção existentes nos serviços a fim de que sejam encontradas soluções para os agravos que têm atingido as comunidades, assegurando-lhes cuidado integral e qualidade de vida.

Ressalva que durante a realização desse trabalho foi observado a relevância da atenção primária, apesar do aumento significativo da cobertura do ESF no DF, ainda há fragilidades. É necessário um fortalecimento da APS para que haja maior qualidade nos serviços de saúde. Em suma em relação à literatura sobre o tema, nota-se que os serviços do primeiro nível de atenção à saúde são capazes de reduzir e evitar as internações por condições sensíveis à atenção primária (NEDEL et al., 2008). Dessa forma, compreende-se o motivo que coloca a APS como componente fundamental no desenvolvimento de um sistema efetivo e eficiente com qualidade.

O papel do sanitarista nessas análises é de suma importância para a Saúde Coletiva em vários aspectos, uma das questões pertinentes é quanto a questão do custo-benefício, em que se dá a partir da realização de monitoramento e avaliação por meio de indicadores, sendo a avaliação desse indicador uma ferramenta essencial para aprimoramento. Embora esse estudo não tenha o caráter avaliativo, pode contribuir para esse monitoramento, pois, os resultados encontrados nessa análise poderão auxiliar na reflexão para a implementação de intervenções nesse nível de atenção. Ações que visem aumentar a qualidade de saúde para a população, reduzir gastos em procedimentos de alta complexidade e desafogar os leitos hospitalares, usualmente em quantidade inferior da demanda.

Nessa perspectiva, a investigação em serviços de saúde assume relevância no intuito de orientar as políticas públicas e buscar a melhoria do desempenho dos serviços ofertados à população. Assim, investigações epidemiológicas visam contribuir para a organização e aperfeiçoamento dos serviços em saúde.



## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP -Brasil).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

BILLINGS J, ZEITEL L, LUKOMNIK J, CAREY TS, BLANK AE, NEWMAN L. **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City.** Health Aff (Millwood) 1993; 12:162-73.

BIRCHLER, C. M. **Estratégia saúde da família e internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial:** relação produzida no campo da prática profissional. Dissertação (Mestrado). Vitória: Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão e da Regulação em Saúde. **Orientações gerais para elaboração de editais--- processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 48p.il

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 221 de 17 de abril de 2008.** Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, 18 abr. 2008.

BUTTENBENDER, D. C. **Avaliação da efetividade dos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul: internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.** Dissertação (Mestrado), São Leopoldo: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale dos Sinos, 2008.

CAMINAL HOMAR, Josefina; CASANOVA MATUTANO, Carmem. **La evaluación de La atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive condions.** Marco conceptual. **Atención Primaria,** Barcelona ( Espanha), v. 31, n.1, p. 61-65,2003.

CAMPBELL SM, ROLAND MO, BUETOW SA. **Defining quality of care.** Soc Sci Med 2000; 51:1611-25.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

COSTA, J. S. et al. **Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, fev. 2010

“DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS- DATASUS. Disponível em:  
< [www.datasus.gov.br/Informações de Saúde/Demográficas e Socio-demográficas](http://www.datasus.gov.br/Informações%20de%20Saúde/Demográficas%20e%20Socio-demográficas)>

DIAS-DA-COSTA JS, BORBA LG, PINHO MN, CHATKIN M. **Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(7): 1699-1707.

DIAS- DA- COSTA, Juvenal Soares; BUTTENBENDER, Dóris Clarita; HEFEL, Ana Lucia; SOUZA, Leonardo Lemos de **Hospitalizações por condições sensíveis á atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.358-364,2010.

ELIAS, P. E. et al. **Atenção Básica em Saúde:** comparação entre ESF e UBS por estrato de exclusão social no Município de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva, v. 11, n. 1, p. 633-41, 2006.

FERNANDES, V. B. L. et al. **Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009.

“INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE”. Disponível em:  
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>.

JUNQUEIRA, R.M.P. **Descrição das internações por causas sensíveis à atenção primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal- 2008**. Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, 2010, 111p. Dissertação de Mestrado.

MACIEL, M. E. **A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência**. Cogitare Enferm. 2008. Jul./Set.: 13(3):453-6.

MACINKO, J. et al. **An evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002**. J Epidemiol Community Health, v. 60, n. 34, p. 60:13-9, 2006.

MÁRQUEZ- CALDERÓN S, RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA MM, PEREA-MILLA E, Ortiz J, BERMÚDEZ-TAMAYO C. **Factores asociados a la hospitalizacion por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios**. Gaceta Sanitaria. 2003; 17(5):360-367.

“MINISTÉRIO PÚBLICO- MP”. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/pgn/id101.htm>>

NEDEL, FB. et al. **Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária:** revisão sistemática de literatura. Epidemiol Ser Saúde 2010; 19 (1): 61-75.

NEDEL, F. B. et al. **Desempenho do ESF no Sul e no Nordeste do Brasil:** avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. Ciênc Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 669-81, 2006.

NEDEL, F. B. et al. **Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS).** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052. dez. 2008.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.** GGenebra: Organização Mundial da Saúde, 1978.

PERPETUO IHO, WONG LR. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário:** uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do 12<sup>a</sup> Seminário de Economia Mineira; 2006; Diamantina, Brasil. Diamantina: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006

PICCINI, R. X. et al. **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde.** Ciência Saúde Coletiva, v. 11, n. 23, p. 657-67, 2006.

PIRES, V. A. T. N. **Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial:** um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PIRES Mr, GÔTTENS LD, MARTINS CF, GUILHEM D, ALVES ED. **Oferta e demanda por média complexidade- SUS:** relação com atenção básica. Ciênc. Saúde Coletiva: 1009-1019.2010

“PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE”. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1)>

PORTO SM 1997. **Eqüidade na distribuição geográfica de recursos em saúde:** uma contribuição para o caso brasileiro. Tese de doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

“PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL- PNUD” Disponível em: < [www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)>

“REDE INTERNACIONAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE- RIPSa”. Disponível em: < <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=23>>.

REHEM TC, EGRY EY. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo.** Ciên. Saúde Coletiva. 2011; 16(12):4755-4766.

ROOS LL, WALLD R, UHANOVA J, BOND R. **Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status:** ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. Health Services Research. 2005; 40(4):1167-1185.

SOLBERG, Leif I; PETERSON, Kent E.; ELLIS, Ronald W.; ROMNESS, Kenneth; ROHRENBACH, Elizabeth; THELL, Terry; SMITH, Angela; ROUTIER, Ann; STILLMANK, Mary Wermuth; ZAK, Soloman. **The Minnesota Project:** A Focused Approach to Ambulatory Quality Assessment. Inquiry, Chicago, v.27, n. 4,p.259-367,1990.

VELOSO, Renata Campolina; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros de **Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais.** Revista de APS, Juiz de Fora, v. 12, n.3, p. 238-243, 2009.

VIANA Alda, DAL Poz Mr. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 1998;8:11-48.]

VICTORIA CG. BARROS FC, TOMASI E, FERREIRA FS, MACAULIFFE J, SILVA AC, ET AL. **A saúde das crianças dos estudos do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil:** descrição de uma metodologia para diagnóstico comunitários. Rev. Saúde Pública 1991; 25 (3); 218-25.

VINHADELLI JS. **Análise macroeconômica preliminar dos gastos em saúde do Distrito Federal no período de 2006-2008.** Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

## ANEXOS

### ANEXO I – PORTARIA GM/MS Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

#### PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a [Lei nº 8.080](#), de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a [Lei nº 11.350](#), de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o [Decreto Presidencial nº 6.286](#) de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o [Decreto nº 7.508](#), de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a [Portaria nº 204](#), de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a [Portaria nº 687](#), de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a [Portaria nº 3.252/GM/MS](#), de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a [Portaria nº 4.279](#), de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as [Portarias nº 822/GM/MS](#), de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando [Portaria nº 2.143/GM/MS](#), de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando [Portaria nº 2.372/GM/MS](#), de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando [Portaria nº 2.371/GM/MS](#), de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a [Portaria nº 750/SAS/MS](#), de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES;

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A [Secretaria de Atenção à Saúde](#), do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

- I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família;
- II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;
- III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;
- IV - 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e
- V - 10.301.1214.12L5.0001 - Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º - Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada as [Portarias nº 648/GM/MS](#), de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71, nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49, nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34, nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44, nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45, nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97, nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51, nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36, nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

## ANEXO II – PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Lista das Condições Sensíveis à Atenção Primária.

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	<b>Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis</b>	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26



Grupo	Diagnósticos	CID 10
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridiase	B77
2	<b>Gastroenterites Infecciosas e complicações</b>	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	<b>Anemia</b>	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	<b>Deficiências Nutricionais</b>	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	<b>Infecções de ouvido, nariz e garganta</b>	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	<b>Pneumonias bacterianas</b>	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	<b>Asma</b>	
7,1	Asma	J45, J46
8	<b>Doenças pulmonares</b>	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21

Grupo	Diagnósticos	CID 10
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	<b>Hipertensão</b>	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	<b>Angina</b>	
10,1	Angina pectoris	I20
11	<b>Insuficiência Cardíaca</b>	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	<b>Doenças Cerebrovasculares</b>	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	<b>Diabetes melitus</b>	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	<b>Epilepsias</b>	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	<b>Infecção no Rim e Trato Urinário</b>	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	<b>Infecção da pele e tecido subcutâneo</b>	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03

Grupo	Diagnósticos	CID 10
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	<b>Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</b>	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	<b>Úlcera gastrointestinal</b>	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	<b>Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto</b>	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA  
SECRETÁRIO